

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE LYON

ANNÉE 1966 — N° 224

**RÉSULTATS FONCTIONNELS
DE LA CHOLECYSTECTOMIE SOUS CONTROLE
MANOMÉTRIQUE ET RADIOLOGIQUE
POUR LITHIASÉ VÉSICULAIRE**

Travail de la Clinique Chirurgicale A
de la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de l'Université de Lyon
Professeur P. MALLET-GUY

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20 DÉCEMBRE 1966

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

BOUILLET Daniel-Norbert

Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 14 Juillet 1939 à LYON (Rhône)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
J. TIXIER & FILS, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

1966

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE LYON

ANNÉE 1966 — N° 224

**RÉSULTATS FONCTIONNELS
DE LA CHOLECYSTECTOMIE SOUS CONTROLE
MANOMETRIQUE ET RADIOLOGIQUE
POUR LITHIASÉ VÉSICULAIRE**

Travail de la Clinique Chirurgicale A
de la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de l'Université de Lyon
Professeur P. MALLET-GUY

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20 DÉCEMBRE 1966

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

BOUILLET Daniel-Norbert

Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 14 Juillet 1939 à LYON (Rhône)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
I. TIXIER & FILS, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

1966



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyens honoraires :

MM. J. LEPINE

H. HERMANN

Doyen :

J.F. CIER

Membre de l'Institut.

Correspondant de l'Institut.

Assesseurs :

MM. M. LEVRAT

J. DORCHE

Conseiller Administratif :

M. H. PRUVOST

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PATEL, LÉPINE, TRILLAT, GARIN, GATÉ, MARTIN,

GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET,

POLLOSSON, ENSELME, WERTHEIMER, SARROUY

PROFESSEURS

MM. CIBERT J.	Clinique urologique
PONTHUS P. (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
CHAMBON M.	Chimie Organique et Toxicologie
PAUPERT-RAVAULT F.	Clinique médicale B
FROMENT R.	Clinique et Prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT P.	Clinique médicale C
MAILLÉT-GUY P.	Clinique chirurgicale A
REVOL L.	Pharmacie galénique
PIGEAUD H.	Clinique obstétricale
BOURRET J.	Médecine du Travail
LEVRAT M.	Clinique médicale A
SOHIER R.	Bactériologie
NETIEN G.	Botanique et cryptogamie
BERTRAND P.	Clinique chirurgicale C
BADINAND A.	Chimie analytique pharmaceutique
DREVON B.	Pharmacie chimique et pharmacologie
ROCHE L.	Médecine légale et déontologie
COUDERT J.	Parasitologie et Pathologie exotique
MOUNIER-KUHN P.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie
PAUFIQUE L.	Clinique ophtalmologique
THIERS H.	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
BRUN J.	Clinique Pneumophtisiologie
CREYSSEL J.	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique
DARGENT M.	Clinique carcinologique
BERGER M. (1)	Physique nucléaire appliquée à la Médecine
GUICHARD A.	Anatomie pathologique
GIRARD P.	Pathologie générale et expérimentale
GIRARD M.	Clinique médicale D
LATARGET M.	Anatomie
PEYCELON R.	Clinique chirurgicale B
VACHON A.	Pathologie médicale
GALY P.	Physio-pathologie des voies respiratoires
PAPILLON J.	Radiologie
JEUNE M.	Clinique médicale infantile et Hygiène du 1 ^{er} âge
GONIN A.	Thérapeutique
MONNET P.	Clinique médicale infantile B
CHATONNET J.	Physiologie B
GUINET P.	Clinique endocrinologique
COLLET H. (1)	Chimie générale et pharmaceutique
TRILLAT A.	Clinique de chirurgie orthopédique
FREIDEL Ch.	Clinique stomatologique
MARION J.	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantile
DORCHE J.	Matière médicale et Législation pharmaceutique
MANSUY L. (1)	Neurochirurgie
REVOL L. (1)	Hématologie
LECUIRE J. (1)	Neurochirurgie
X.....	Histologie et Embryologie
LIARAS H. (1)	Clinique chirurgicale propédeutique
PERROT L.	Chimie
CIER J.-F.	Physiologie A
PERRIN J.	Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie opératoire
GOINARD P. (1)	Clinique chirurgicale et Chirurgie opératoire expérimentale
MICHAUD P.	Clinique de Chirurgie cardiaque
PONT M. (1)	Médecine générale
TRAEGER J. (1)	Pathologie métabolique et rénale
MATHIEU J.	Clinique gynécologique
FAUCON G.	Biologie médicales et Pharmacodynamie
BERTOYE A.	Clinique des Maladies infectieuses
VIGNON G.	Hydrologie thérapeutique, climatologie et Ecologie sociale
VINCENT D.	Biochimie appliquée
CIER A.	Pharmacodynamie
COLOBERT L.	Chimie biologique et médicale
X.....	Pathologie chirurgicale
X.....	Clinique Neuro-psychiatrique et d'Hygiène mentale
X.....	Physiologie et Pathologie obstétricales
X.....	Hygiène et Action sanitaire et sociale

(1) Professeurs à titre personnel.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. ROMAN Parasitologie
FEROLDI Anatomie pathologique
MORET Physique biologique
ODDOUX Botanique et cryptogamie
MALLEIN Chimie analytique
PINET Electro-radiologie

MM. COLOMB Dermatologie
De SOLLIERS Chimie analytique
DESPIERRES Médecine générale
GARIN Parasitologie
TOLOT Médecine du Travail
THIVOLET Hygiène

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS TITULAIRES

MM. CREYSSSEL R. Chimie biologique
GUYOTAT Neuro-psychiatrie
DESCOTES Chirurgie générale
JOUVET Pathologie expérimentale
PEYRIN Physique biologique
TOMMASI Anatomie pathologique
BUFFARD Electro-radiologie
LEJEUNE Méd. gén. et thérapeutique
de MOURGLÉS F. Stomatologie
NAUSSAC Maladies infectieuses
REBOUILLAT Chirurgie générale
ROMAGNY Pédiatrie
DELAHAYE J. Médecine générale
DELEUZE R. Anesthésiologie
GIRAUD M. Electro-radiologie diagnos-

tic et thérapeutique.
FRANÇOIS Pédiatrie et puériculture
MICHOUILLER Chirurgie générale
LAMBERT Médecine générale
MICHEL Anesthésiologie
FRIES Médecine générale
GILLY Pédiatrie
ROBERT Médecine générale
BOUCHET Anatomie
BETHENOD Pédiatrie
GERMAIN Immunologie, sérologie,

hématologie
KALB Pneumo-ptisiologie
LARBRE Pédiatrie
SOUSTELLE Chirurgie générale
VIALA Médecine générale
VINCENT Bactériologie, parasitologie

virologie
GIROD Histologie et embryologie
GRAS Chimie biologique
MALLEIN Chimie analytique
COLIN Médecine légale
BERTRAND Chimie biologique
MARET Chirurgie générale
VIALJIER-RAYVARD Bactériologie

MM. CHOLLAT Electro-radiologie
FLEURETTE Bactériologie
FLANDROIS Physiologie
MOREL Hématologie
TERMET Chirurgie thoracique et

cardio-vasculaire
FREDERICH Pharmacologie
DAUDET Chirurgie infantile
BRUNE Médecine générale et

Thérapeutique
LOMBARD-PLATET Chirurgie générale

BOUVIER Rhumatologie

FREYCON Pédiatrie

LAPRAS Neuro-chirurgie

PELLET Physiologie

DUQUESNEL Electroradiologie

DEJOUR Orthopédie et Traumatologie

MOULIN Dermato-Vénérologie

PERRIN-FAYOLLE Pneumo-Phtisiologie

PALIARD Médecine générale et

Thérapeutique
O. R. L.

MORGON Ophtalmologie

PAIPEY-RAVALLT Anesthésiologie

MOTIN Médecine générale et

PASQUIER Thérapeutique

VAUZELLE Anatomie pathologique

CZYBA Histologie et Embryologie

CABANAC Physiologie

TOURAINNE Pneumo-ptisiologie

BEL Médecine générale et

Thérapeutique
Gynécologie obstétrique

CHARVET Cancérologie

MAYER Chirurgie thoracique et

SISTERON cardio-vasculaire

BRAILLON Anatomie et Chirurgie générale

VILLIERS Chirurgie générale

LOUISOT Chimie biologique

COURJON Neuro-psychiatrie

Neuro-psychiatrie

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS STAGIAIRES

MM. FAVRE-GILLY Hématologie
ROLLET Pharmacie galénique

MM. RIFFAT Hygiène
BIZOLON Physique

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BONAMOUR Ophtalmologie
FRANCILLON Chirurgie générale
NOTTER Gynécologie obstétricale
de MOURGÈRES G. Chirurgie générale
DUMONT M. Obstétrique
SCHOTT Neuro-psychiatrie
DEVIC Médecine générale
SAUBIER Chirurgie générale
DURAND Urologie
HUGONNIER Ophtalmologie
ALLEGRE Neuro-chirurgie

MM. GAILLARD Oto-rhino-laryngologie
GARDE Médecine générale
FAYSEE Orthopédie
PERRIN A. Médecine générale
NORMAND Médecine générale
MOCNIER-KITHN A. Chirurgie générale
MORNEX Médecine générale
CHASSARD Electro-radiologie
GARMIER Obstétrique
DUMAS Stomatologie
SCHNEPP Orthopédie
NOEL Médecine générale

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. P. MALLET-GUY, Président ; M. LEVRAT, A. VACHON, J. MICHOUILLER
J. VITTORI, Assesseurs

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

RÉSULTATS FONCTIONNELS
DE LA CHOLÉCYSTECTOMIE SOUS CONTRÔLE
MANOMÉTRIQUE ET RADIOLOGIQUE
POUR LITHIASÉ VÉSICULAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

Qu'ils trouvent dans ce travail le faible témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

Au Médecin-Colonel M. GIRARDIN

Il est à l'origine de notre vocation et nous a toujours suivi paternellement.

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur P. MALLET-GUY

Quatre ans dans son Laboratoire où nous avons eu l'immense satisfaction et le privilège de pouvoir collaborer à une expérimentation passionnante, quatre mois dans son Service qui nous ont donné le sens de la discipline chirurgicale, en collaboration avec une équipe unie sous son autorité, nous ont profondément attaché à lui.

Ce travail, que nous ne voudrions pas être le dernier, nous a fait apprécier la justesse, l'honnêteté et le rigorisme de ses opinions. Puisse-t-il trouver ici le témoignage modeste de notre reconnaissance.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur M. LEVRAT

Le trimestre passé dans son Service où il nous a accueilli avec la plus grande bienveillance nous a permis d'apprécier son sens clinique, la grande valeur de son enseignement et son humanité vis-à-vis des étudiants et des malades.

Il nous a fait l'honneur de nous juger. Qu'il trouve ici le témoignage de notre gratitude.

Monsieur le Professeur A. VACHON

C'est un grand honneur qu'il nous fait en acceptant de juger ce travail. Nous avons eu le privilège de bénéficier de son enseignement universitaire. Nous ne saurions assez lui exprimer notre profonde gratitude.

Monsieur le Professeur Agrégé J. MICHOUPLIER

Il nous a séduit par son habileté chirurgicale, par l'élégance de son enseignement, par la bienveillance souriante de son contact. Qu'il en soit remercié et assuré de notre profond attachement.

Monsieur le Médecin-Colonel J. VITTORI

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Chef des Services Chirurgicaux
de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes

Il nous a accueilli avec bienveillance et nous
a fait bénéficier de son enseignement.

Qu'il trouve ici un témoignage de notre reconnaissance et l'assurance de notre profond respect.

A Monsieur le Médecin-Général-Inspecteur R. BORON

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Directeur de l'Ecole du Service*de Santé Militaire
et de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes

A Monsieur le Médecin-Colonel GROSSETÊTE

Bactériologiste des Hôpitaux des Armées

Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire Desgenettes
Sous- Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ

A NOS MAITRES DES HOPITAUX CIVILS

A NOS MAITRES DES HOPITAUX MILITAIRES

Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V

Monsieur le Médecin-Lieutenant-Colonel P. BARTHE

Chirurgien des Hôpitaux des Armées

Il occupe à nos yeux une place toute particulière, la sûreté de son geste chirurgical et son sens clinique perspicace sont doublés d'une profonde humanité. Il nous a toujours reçu avec bienveillance et fait travailler dans les meilleures conditions.

Qu'il trouve ici un témoignage de notre reconnaissance et l'assurance de notre respectueuse et filiale affection.

A Messieurs les Chefs de Service de l'Hôpital

Militaire d'Instruction Mohamed V

et en particulier

A Monsieur le Médecin-Lieutenant-Colonel R. SOTTON

Chirurgien des Hôpitaux des Armées

Monsieur le Médecin-Commandant P. VESVALS

Médecin des Hôpitaux des Armées

Monsieur le Médecin-Commandant A. LEDEDENTE

Pneumo-Phtisiologue des Hôpitaux des Armées

Ils ont suscité notre admiration.

Avec notre respectueuse reconnaissance.

Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes

Médecin-Lieutenant-Colonel CANAL

Qu'il nous soit permis de lui exprimer notre
extrême gratitude et notre respectueuse admi-
ration.

Docteurs FORAY, LEVEQUE, PASCOET, THEPAUT,
PELLIN,

Au Docteur N. CHANELIERE

Nous lui devons nos premières joies chirurgicales. Il nous fait l'honneur de son amitié. Qu'il nous permette de lui exprimer ici notre affectueuse reconnaissance.

Au Docteur J. MURAT

Ce travail lui doit beaucoup. Qu'il en soit cordialement remercié.

A Mademoiselle M. BOHE

Sa franche amitié fut pour beaucoup dans la réalisation de ce travail.

Aux Membres de l'Unité de Recherches Chirurgicales

A MES AMIS

CHAPITRE PREMIER

POSITION DU PROBLÈME

Dans l'analyse du syndrome post-cholécystectomie, la question primordiale est de savoir si la cholécystectomie par elle-même est susceptible d'entraîner des phénomènes douloureux de mutilation d'origine organique ou fonctionnelle (Denucet, Terrier, enfin Hartmann dans la thèse de Petit Dutailis). Il est souvent admis qu'il existe une hypertonie sphinctérienne consécutive à la cholécystectomie puisque d'aucuns font même systématiquement une intervention destinée à y remédier. Parallèlement existerait une dilatation de la voie biliaire principale « vicariante ». Celle-ci est-elle responsable de troubles fonctionnels ? Il y a encore le problème névrome du moignon cystique douloureux tout se passant comme si toute cholécystectomie portait en elle-même le germe et la raison de sa récurrence.

L'analyse des réinterventions faites par P. Mallet-Guy pour syndrome récidivant après cholécystectomie (Mallet-Guy, Marion 1943) (Thèse de Bèzes 1948 puis de Métais 1959) n'est d'ailleurs pas favorable à une telle responsabilité de l'opération elle-même. Cette analyse conclut qu'à l'origine de toute récurrence il y a une erreur : diagnostic opératoire incomplet, thérapeutique insuffisante de lésions associées, sans même faire intervenir une erreur technique, - cholécystectomie incomplète avec moignon cystique ou pyélique ou même cholécystectomie « élargie » avec blessure de la voie biliaire principale.

L'objectif de ce travail a été de tenter de faire la contre épreuve : rechercher dans une population de cholécystectomie opérée par le même chirurgien selon la même technique, le résultat fonctionnel aussi éloigné que possible de cette intervention. De cette enquête doit pouvoir se tirer une conclusion à savoir si oui ou non la cholécystectomie est responsable des troubles apparus après elle.

La bibliographie sur ce sujet est immense. Elle commence avec les tout premiers débuts de la chirurgie biliaire où la cholécystectomie s'opposait à la cholécystostomie. Périodiquement apparaissent des publications plus ou moins vastes, sur des résultats plus ou moins éloignés, qu'il ne nous est pas possible de toutes

TABLEAU I
Quelques résultats de cholécystectomies

Auteurs	Nombre de cholécys- tectomie	Résultats fonctionnels			Remarques
		Guérison %	Résultats imparfaits %	Récidives vraies %	
Ehnmark, 1937	5552	75,7	18,0	9	Mosaïque
Hellström, 1937	1041	32,1		28,9	
Liedberg, 1937	260	69,2	14,6	16,2	Cholécystites
Ehnmark, 1939	297	55,3	33,6	11,1	
Doubilet, 1943	253	60	31	9	Sous-cholangio. per-opératoire systématique
Norrby, 1943	576	68,7	8,9	18,2	
Rüdström, 1944	219	74,9	22,8	2,3	
Gertz, 1946	294	64,2	25,6	10,2	
Ekdahl, 1953	920	52,7		47,3	
Mouchet A., Garcin J.P., 1957 ..	248	76	24	0	Sous contrôle radio- et mano- per-opératoire
Andersen, 1960	1217	61,1	11,1	4-5	
Debray C., Roux M., 1960	300	86,3	8,3	5,3	
Berk, 1961	2200		94,4	5,6	
Gylling, 1961	1826	60	26	14	Contrôle radiologique non systématique
Bodvall, 1964	1930	60,4	34,2	5,4	
Glenn, 1964	6000	95,8	1,4	2,8	

analyser, analyse qui par les divergences que comportent ces statistiques ne se trouveraient pas justifiées. Nous n'avons pas d'ailleurs la prétention de faire œuvre d'érudition bibliographique. Nous nous contenterons donc de références récentes et suffisamment homogènes.

Nous constatons que les guérisons complètes montrent la cohésion des résultats à cette exception près que les statistiques présentant une choiangiographie opératoire systématique (Rudstrom en 1944, Mouchet en 1957, Debray en 1960) montrent que le pourcentage de récides vraies est toujours égal ou inférieur à 5 %, alors qu'il atteint 18 % lorsqu'aucun examen per-opératoire systématique n'a été pratiqué.

CHAPITRE II

ENQUÊTE SUR 1892 CHOLÉCYSTECTOMIES POUR LITHIASÉ

De 1942 au 15 novembre 1964, sur 5500 interventions biliaires effectuées sous contrôle manométrique et radiologique per-opératoire par P. Mallet-Guy selon la technique peu à peu codifiée et qui, depuis 10 ans, comporte en plus de la manométrie et de la radiographie, le contrôle radioscopique télévisé, il a été pratiqué 1892 cholécystectomies pour lithiasé vésiculaire.

Cet ensemble d'observations est caractérisé d'une façon systématique par l'absence de tout syndrome cholédocien : cliniquement maladie strictement vésiculaire ; rien dans les signes fonctionnels, dans la radiographie pré-opératoire, rien dans l'exploration digitale, dont on connaît l'incertitude et parfois l'impossibilité chez les malades obèses, ne permettait de prévoir un élément pathologique surajouté.

Cette incertitude a été le point de départ de la méthode que nous préconisons.

Déjà, en 1926, L. Bérard et P. Mallet-Guy abordent la physiopathologie des voies biliaires par l'exploration fonctionnelle cholangiographique post-opératoire des malades cholécystectomisés. Mais pour parfaire une telle analyse fonctionnelle et essayer de réduire les séquelles éventuels de la cholécystectomie, mieux valait connaître les données per-opératoires du problème.

En 1931, P.L. Mirizzi, pour la première fois, vérifie l'état per-opératoire du cholédoque, au cours d'une choïcystectomie, par injection de Lipiodol, et décide de pratiquer systématiquement ce geste. L'intérêt de cette méthode réside dans son utilisation constante, et il importe, comme le dit son promoteur en 1948 : « de discuter moins la cholangiographie per-opératoire et de la pratiquer davantage ».

En 1942, dans le même esprit systématique P. Mallet-Guy adjoint à la cholangiographie per-opératoire le contrôle manométrique préalable ceci ajoutant, aux données statiques d'une radiographie, l'aspect dynamique de l'évacuation cholédocienne.

D'un point de vue anatomo-pathologique, les observations que nous avons rassemblées appartiennent à quatre catégories :

— Lithias « simple », non exciue, avec calculs mobiles de la vésicule : 862 cas.

— Exclusion aseptique, mucocèle ou vésicule à « bile goudron 52 cas.

— Cholécystites aiguës : 343 cas.

— Cholécystites chroniques : 635 cas.

A. — COMMENT A ÉTÉ PRATiquÉE LA CHOLÉCYSTECTOMIE

La **technique** est la suivante :

1) **Anesthésie.**

La cholécystectomie complétée par le contrôle manométrique et radiologique per-opératoire se fait sous anesthésie générale sauf dans certains cas particuliers où l'âge, l'état général précaire, une fragilité cardio-pulmonaire feront préférer une anesthésie locale. A propos, l'observation suivante nous paraît caractéristique :

OBS. N° 3753 : F. 64 - 138 - Mme CHI... - 52 ans.

Malade adressée pour lithias vésiculaire, ayant présenté plusieurs crises de tachy-arythmie paroxystique avec douleurs angineuses, traitées par la Pentanitrine. (Arythmie complète depuis au moins un an).

A l'entrée, arythmie complète lente, sous Cedilanide (30 gouttes par jour).

INTERVENTION le 27.5.1959. Anesthésie locale plan par plan. Rio Branco. Vésicule parfaitement saine contenant un calcul. Exploration négative. Bile septique. Intubation du cystique : manométrie stabilisée à 12 ; radioscopie télévisée (cinéma) montrant une image strictement normale de la voie biliaire principale et du sphincter d'Oddi. Clichés confirmatifs. Cholécysectomie sans drainage. Suite simples.

Excellent résultat à 3 mois.

Le souci constant pour la mise au point de l'anesthésie a été de respecter le tonus des voies biliaires. Comme le définissaient en 1951 P. Mallet-Guy, R. Feit, Mlle Rademaker et B. Trias Fargas à la suite de recherches expérimentales : « la méthode anesthésique la plus rigoureuse et la plus inoffensive pour l'arbre biliaire » est et demeure l'ether-oxygène en circuit fermé, sans curarisant (tout au moins avant le contrôle radiologique et manométrique) procurant un silence abdominal indispensable à la mesure correcte des pressions biliaires.

Avec l'apparition de nouveaux produits anesthésiques, L. Bernard, Mme C. Lavoipierre, Mlle F. Tardy et M. Nugeyre en 1966 reprenaient l'expérimentation de R. Feit et concluaient que l'Halothane (Fluothane) n'entraîne pas de modifications du tonus des voies biliaires dans 90 % des cas. Il peut donc devoir être utilisé au même titre que l'Ether et même le remplacer utilement. Accessoirement, l'Hydroxydione (Viadril) ou certains curarisants, la Gallamine (Flaxedil) par exemple, peuvent être exceptionnellement utilisés, car ils modifient le tonus des voies biliaires dans un sens imprévisible, dans 15 à 20 % des cas.

2) L'incision.

L'incision décrite par P. Mallet-Guy et utilisée depuis 1942 est du type Rio Branco, ouvrant un volet à pédicule supéro-externe. Elle part de la pointe de la xyphoïde sur la ligne médiane, oblique légèrement à droite, gagne la gaine du droit et descend un peu au-dessus de l'ombilic. Elle se coude alors en un angle variable selon la morphologie du thorax, se poursuit à droite horizontalement, puis se coude une deuxième fois pour remonter dans la direction du 9° espace intercostal.

Si le malade est porteur d'une autre incision faite pour une autre cause (sous-costale, Kehr, trans-rectale) il faut négliger cette

incision et pratiquer systématiquement un Rio Branco qui pourra être d'ailleurs plus ou moins atypique, de façon à ne pas vouer au sphacèle un lambeau cutané.

Cette incision garantie d'une exploration correcte, évite les superpositions de la vésicule et du cholédoque lors de la prise des clichés et ses résultats écartent toutes les considérations d'ordre plus ou moins esthétique qu'on veut lui opposer.

3) L'exploration.

Cette dernière a deux buts : d'une part vérifier l'état de l'arbre biliaire, d'autre part affirmer l'intégrité de voisinage. C'est précisément un des avantages de l'incision de Rio Branco que de permettre l'exploration facile de l'estomac et du hiatus, du colon, du duodénum et du pancréas en totalité.

Il doit être bien précisé que la possibilité de contrôler par manométrie et radiographie l'état de la voie biliaire principale ne doit en aucun cas faire négliger une exploration opératoire complète. C'est dire qu'avant d'enregistrer une courbe manométrique ou de prendre un cliché, le chirurgien explore le pédicule hépatique, note l'état de dilatation de la voie biliaire principale, recherche s'il n'existe pas un calcul tant dans le cholédoque que dans l'ampoule de Vater et essaye enfin, en s'aidant au besoin d'un décollement duodéno-pancréatique, de préciser l'état du pancréas. Et ceci systématiquement, même dans le cas que nous envisageons ici de SYNDROME VESICULAIRE PUR. C'est seulement alors que sera faite l'étude manométrique et radiologique des voies biliaires.

4) L'intubation trans-cystique.

Attirant la vésicule biliaire en dehors, on dissèque d'abord le cystique jusqu'au confluent. On incise ensuite le canal cystique transversalement à environ 5 mm. de la jonction cystico-choledocienne : trop loin on risquerait de rencontrer une valvule, trop près on serait gêné pour placer une ligature temporaire nécessaire pour le contrôle, ou une ligature définitive en fin d'intervention (Chanelière).

Cet abord trans-cystique de la voie biliaire principale est satisfaisant car il permet d'éviter toute blessure ou déchirure du cholédoque et d'y engager cependant l'extrémité de la canule.

Il peut exister cependant de petits calculs dans le cystique ; il convient alors de les extraire ou de les refouler dans la vésicule biliaire, et d'éviter en tous cas qu'ils ne tombent dans la voie biliaire principale.

Le cystique ouvert, on dispose alors d'une série de trois canules trans-cystiques de courbures différentes, qui tiennent compte de la profondeur du champ opératoire et de l'abouchement cystico-cholédocien de façon à ce que l'extrémité de la canule ne plaque à la paroi cholédocienne et ne gêne ainsi la manométrie.

L'exploration radiologique et manométrique peut alors être entreprise, précédée d'un prélèvement de bile pour examen bactériologique.

La ponction trans-vésiculaire peut être utile si on note l'absence de calculs, ce qui est hors de notre propos, ou dans une lithiase vésiculaire ou une cholécystite pour éviter la perforation peropératoire d'un mucocèle sous tension.

5) Pour **la manométrie**, nous utilisons l'appareil mis au point par le Professeur P. MALLET-GUY : appareil simple, à mécanisme d'horlogerie, le cylindre effectuant un tour complet en 25 secondes. Chaque injection, de 2 à 5 cc. environ d'une solution saline isotherme qui n'apporte pas de modifications appréciables du tonus de la vésicule, de la voie biliaire principale ou de leurs sphincters, provoque une ascension plus ou moins rapide, suivie d'une pente qui peu à peu s'atténue. Nous tenons pour normale la valeur définie par le Professeur P. MALLET-GUY : «Si nous admettons à l'état normal des niveaux de stabilisation de la pression cholédocienne de 10 à 12 cm. d'eau et, d'autre part d'une marge de sécurité de 3 cm. de part et d'autre, nous nous refusons de considérer comme pathologique une pression de stabilisation comprise entre 7 et 15 cm. d'eau».

Dans les conditions opératoires, la prudence et la logique veulent que les données manométriques soient systématiquement confrontées aux données radiologiques.

6) La Radiologie.

Sa combinaison avec la manométrie lui confère un certain nombre d'impératifs, l'essentiel étant de ne pas modifier le tonus des voies biliaires et du sphincter d'Oddi. Les produits employés doivent en outre offrir un moyen de contraste suffisant sans pour cela masquer les obstacles ; ils ne doivent pas, enfin, être toxiques. Le Lipiodol est jusqu'à présent le seul qui n'entraîne pas de modifications du tonus biliaire (les autres étant grevés d'un pourcentage imprévisible de réactions dont le sens même n'est pas constamment déterminé). Il est parfaitement toléré par les voies biliaires et le contraste obtenu grâce à lui est presque trop bon, puisqu'il est absolument opaque, ce qui l'a fait accuser de noyer certains calculs ; en tous cas, il exagère la présence de certains obstacles que la manométrie sait déceler comme étant relatifs. Un progrès sensible a été effectué par l'adjonction de la radioscopie télévisée qui permet une vision dynamique et continue de l'évacuation cholédocienne dont la radiographie ne vient plus que fixer les moments importants.

Une description plus précise de cette technique du contrôle manométrique et radiologique per-opératoire a été analysée par P. Buffard et P. Jacquemet dans un esprit d'analyse et de comparaison avec les autres procédés utilisés dans les séries de M. Roux, Debray, Le Canuet et Olivier.

B. — DÉCOUVERTES OPÉRATOIRES DUES AU CONTRÔLE MANOMÉTRIQUE ET RADIOLOGIQUE

Dans 574 cas ; il a été découvert grâce au contrôle manométrique et radioscopique une **lésion associée**.

— une **lithiase de la voie biliaire principale** qui était passée inaperçue à la palpation dans un cholédoque non dilaté ou peu dilaté, qui n'avait pas donné de signes cliniques caractéristiques. Dans 68 cas, il s'agissait d'une lithiase simple, non exclue, les calculs découverts étaient semblables à ceux de la vésicule, et il y a tout lieu de penser à un épisode de transit récent responsable peut-être de l'indication opératoire par une aggravation clinique.

Dans 27 cas, c'était une cholécystite aiguë et là aussi, peut-être simultanément, un calcul s'est trouvé bloquer le bassinet et encombrer le cholédoque. Mais dans 71 cas, la lésion vésiculaire était une cholécystite chronique exclue depuis un délai certainement aussi long, délai de tolérance du calcul cholédocien.

— une **dystonie sphinctérienne** fut découverte dans 322 cas.
dans 109 cas, hypertonie ou clérose du sphincter d'Oddi, (5,7 %).

dans 213 cas, d'hypotonie sphinctérienne (11,3 %).

Ces dystonies sphinctériennes ont été l'objet d'une opération complémentaire, soit sphinctérotomie ou vagotomie pour la maladie du sphincter d'Oddi, soit splanchnicectomie droite pour les états d'hypotonie sphinctérienne.

— dans 67 cas, fut décelée une **pancréatite chronique**, soit 3 % sur le vu de la courbe manométrique et des clichés radiologiques. L'exploration systématique du pancréas avait été dans ce cas, gêné le plus souvent par l'adiposité de la malade et il n'avait pas été jugé opportun de faire systématiquement un décollement duodéno-pancréatique. Celui-ci fut effectué après que le diagnostic a été affirmé par les modifications apportées par la pancréatite à la morphologie et au fonctionnement de la voie biliaire principale.

Dans 6 cas fut découvertes une association entre pancréatite et lithiase de la voie biliaire principale et dans 14 cas une hypertonie sphinctérienne associée, 12 fois à une lithiase, une fois encore à une lithiase compliquée par une pancréatite et une dernière fois à une pancréatite.

Le Tableau II montre la répartition par catégorie anatomo-clinique de ces différentes éventualités.

TABEAU II

Découvertes par le contrôle manométrique et radiologique per-opératoire

Découvertes	Lithiasé vésicule biliaire simple 295 cas	Muqocèle	Cholécys- tites lithiasique aiguës 37 cas	Cholécys- tites lithiasiques chroniques 242 cas	Total 574 cas
Maladie sphincter Oddi..	53		4	52	109
Hypotonie	140		1	72	213
Lithiasé	68		27	71	166
Pancréatite	27		3	37	67
Hypertonie + lithiasé ..	3		1	7	11
Pancréatite + lithiasé ..	2		1	3	6
Hypertonie + pancréatite	1				1
Hypertonie + lithiasé + pancréatite	1				1

C. — CONDITIONS DE DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE

1) Dans 574 cas fut découvert au cours même de l'intervention un **facteur précis de récidence** qui fut ainsi prévenu par le contrôle manométrique et radioscopique per-opératoire. Ce pourcentage, de 30,3 %, correspond d'une façon assez caractéristique à l'incidence souvent déclaré du syndrome post-cholécystectomie. Notre enquête réservée aux cas que le contrôle manométrique et radioscopique qualifiait de lithiasé vésiculaire pure, porte donc sur 1.892 moins 574 observations, soit 1.318 cas.

2) Sur cet ensemble, nous comptons **15 décès** dans les suites opératoires immédiates, soit 1,13 %. Ces 15 décès se classent tous dans les cholécystites :

- 12 cholécystites aiguës,
- 3 cholécystites chroniques,

et il est intéressant de noter que la cholécystectomie pour lithiasé aseptique de la vésicule n'a jamais été suivie de mortalité dans notre statistique.

Les facteurs favorisants relèvent en partie de l'âge avancé (5 malades sur 15 avaient plus de 70 ans) mais surtout de l'**obésité**

(8 cas dont 3 associés à une insuffisance respiratoire), facteur favorisant d'éviscération (2 cas) et d'infection (un abcès sous-hépatique).

A ces facteurs prédominants ont pu s'adjoindre soit un coma azotémique, soit des accidents cardio-vasculaires (4 cas), soit une hyperthermie, soit enfin une embolie pulmonaire massive.

3) L'**enquête** à laquelle nous avons procédé, et qui portait sur 24 années, a été gênée par les brassages de population consécutifs à la guerre, par les migrations également dues aux phénomènes économiques. Nous voulons parler des malades habitants la campagne qui sont venus en ville et dont il ne nous a pas été possible de retrouver la trace. L'émigration étrangère, dont la clientèle hospitalière a fourni un nombre important de malades, puisqu'à certaines périodes le service d'hommes comportait 50 % de travailleurs africains, échappe le plus souvent à toute investigation. Enfin, cette enquête a encore été gênée par les migrations consécutives aux événements d'Algérie, pour un nombre non négligeable de malades venus de ces départements il nous a été impossible actuellement, de retrouver la trace.

Cette enquête a été dans une très large mesure rendue possible grâce aux médecins traitants auxquels nous nous sommes régulièrement adressés lorsque la demande de renseignements (fig. 1) était restée sans réponse. Nous tenons à rendre hommage à la collaboration qu'ils nous ont donnée et qui nous a permis de retrouver la trace ou d'avoir des nouvelles d'un nombre important de malades qui avaient changé d'adresse ou de nom. 289 ont été ainsi perdus de vue sur les 1.303 malades sur lesquels a porté l'enquête.

Compte tenu des événements qui se sont déroulés depuis 24 ans, les résultats de cette enquête, sont statistiquement utilisables.

HOSPICES CIVILS DE LYON

HOPITAL **EDOUARD-HERRIOT**
Pavillon **M**

LYON, LE

CLINIQUE CHIRURGICALE **A**
Professeur Pierre **MALLET-GUY**

M
Rue
à

M

--

Recherchant les résultats éloignés de mes interventions sur les voies biliaires je vous serais obligé de me faire connaître les suites de l'opération pratiquée le
qui, je l'espère, sont bonnes.

- 1') Les symptômes que vous présentiez avant l'opération ont-ils définitivement disparu ?
- 2') Avez-vous présenté de nouvelles crises douloureuses, et à quelle date et sous quelle forme ?
- 3') Avez-vous présenté de la jaunisse ?
- 4') Comment digérez-vous ?
- 5') Suivez-vous un régime ?
- 6') Quelle a été la reprise de poids depuis l'intervention ?
- 7') Etes-vous constipé ?
- 8') Remarques diverses que vous avez pu faire.

Vous voudrez bien me retourner ce questionnaire *exactement rempli* le plus rapidement qu'il vous sera possible.

Par ailleurs, je vous envoie, ci-joint, un laissez-passer pour venir vous présenter à la consultation de mon Service de l'Hôpital Edouard-Herriot, si cela vous est possible, le

En vous remerciant d'avance je vous prie d'agréer, M
l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Fig. 1 - Modèle du questionnaire adressé aux anciens opérés

D. — CONSEILS DONNÉS AUX CHOLÉCYSTECTOMISÉS ET CRITÈRES DES RÉSULTATS

1) Le Régime ?

Il avait été recommandé aux malades au sortir de l'hôpital de reprendre régulièrement le régime auquel ils étaient habitués, régime qui leur avait été prescrit ou qu'ils s'étaient imposés eux-mêmes, conscients des facteurs déclenchants des crises douloureuses. Mais il leur avait été également recommandé de s'efforcer d'élargir progressivement ce régime, qui a priori n'avait plus de raison d'être, d'essayer méthodiquement tous les aliments défendus pour voir dans quelle mesure il leur serait possible de reprendre une alimentation normale équilibrée.

Le maintien en effet d'un régime ne semblait pas se justifier chez ces opérés puisque tout avait été mis en œuvre pour éliminer tout facteur pathologique associé. Partant du postulat que la cholécystectomie ne doit pas être considérée comme une mutilation fonctionnelle, il convenait d'envisager la réintégration totale des opérés dans le groupe des bien-portants.

Dans un très grand nombre de cas, les malades ont suivi le conseil qui leur avait été donné et s'en sont bien trouvés, guéris de leurs symptômes et aussi des obligations du régime. Il ne s'agit pas d'une question de gourmandise mais il est hors de doute qu'une alimentation gagne à être agréable au goût. D'autre part, du point de vue diététique, les régimes sont imparfaitement équilibrés et peuvent entraîner par eux-mêmes des troubles fonctionnels secondaires. Il existe en outre un facteur familial, tous les membres de la famille étant bien souvent mis systématiquement au régime qui a été prescrit pour l'un d'entre eux.

2) Les Résultats.

— Nous aurons donc une première catégorie de résultats que nous classerons sous la rubrique suivante : **malades guéris avec suppression du régime.**

— Mais parfois les essais méthodiques qui ont été faits ont montré la nécessité de garder encore certaines règles de restric-

tion alimentaire, ou alors il s'agit de malades pusillanimes qui n'ont pas osé supprimer leur régime ou aussi de certains médecins qui ont imposé la persistance d'un régime alors que l'intervention avait supprimé totalement tout facteur pathologique.

Ce sera le deuxième groupe de nos malades : **guéris avec persistance d'un régime alimentaire léger.**

— Cependant il existe des malades devant suivre un **régime alimentaire assez strict** sous peine de persistance de troubles douloureux mineurs. Ceux-ci existaient bien sûr avant l'intervention et demeurent quoique très atténués, après elle.

— Puis nous aurons alors les **malades non guéris**, soit que les douleurs pouvant être rapportées aux voies biliaires ont persisté, soit qu'une récurrence symptomatique ait permis de découvrir une complication plus ou moins tardive.

Nous étudierons successivement ces quatre catégories de résultats.

Les résultats éloignés, dont nous ferons état, s'échelonnent sur 24 années. Quel délai peut-on qualifier d'éloigné pour un résultat, pour une cholécystectomie d'une façon absolue ? Il n'est pas possible de fixer un délai précis. Une récurrence peut survenir plusieurs années après une intervention mais il est raisonnable et habituel de penser qu'un délai d'un an permet déjà de préciser la valeur du résultat obtenu. A ce titre, sur les 1014 cas que nous avons retenus dans cette enquête, 821 résultats répondent à cette définition. Nous n'éliminons cependant pas d'une façon formelle les résultats de moins d'un an pour la raison suivante : nous avons l'habitude de reconvoquer systématiquement nos malades après trois mois et sans vouloir retenir leur réponse du point de vue statistique, l'on peut quand même noter au passage, dans quelle catégorie se placent ces malades, car ce qui est acquis après trois mois le reste en général régulièrement. Nous ne les retenirons qu'à titre indicatif, mais n'en tirons pas argument.

Répartition des suites de nos malades

< 1 an	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
193	84	89	84	96	89	66	70	58	33	24	24	22	12	14	13	11	—	8	3	10	5	1	1	1

CHAPITRE III

RÉSULTATS

A. — GUÉRISON AVEC SUPPRESSION DE TOUT RÉGIME

La définition de ce résultat peut être donnée de la façon suivante : malade ne présentant absolument plus aucun symptôme, déclarant le plus souvent n'avoir pas été aussi bien depuis des années, ne suivant plus aucun régime, faisant souvent même des « imprudences » alimentaires, ne présentant aucun trouble biliaire de quelque nature que ce soit, ayant repris de façon spectaculaire son poids normal et souvent même le dépassant, menant une vie strictement normale. Cela représente la majorité de nos cas : soit 777 sur 1014 résultats fonctionnels et plus précisément 626 sur 821 résultats suivis plus d'un an, soit 76 %. Les résultats de trois à 12 mois représentent de leur côté 151 cas seulement.

L'observation suivante en est un exemple typique.

OBS. n° 2772 - M. TAB... - 29 ans

Entré dans le service le 19 juin 1956.

A présenté à trois reprises les 20.3.56, 20.5.56 et 26.6.56 des crises douloureuses de l'hypochondre droit, de courtes durées, sans température ni ictère. Pas de perte de poids.

Voie biliaire principale normale et une vésicule exclue.

le 29.6.56 - INTERVENTION.

INTERVENTION : Cholécystite lithiasique, petit calcul à la palpation de la vésicule biliaire. Exploration négative. Examen bactériologique, présence de germes.

Manométrie : courbes stabilisée à 7 à 8.

Radiologie : les clichés donnent des images strictement normales de la voie biliaire principale.

Suites immédiates simples.

Réponse au questionnaire le 20.8.66.

1°) Les symptômes que vous présentiez avant l'opération ont-ils définitivement disparu : OUI.

2°) Avez-vous présenté de nouvelles crises douloureuses, et à quelle date et à quelle forme : NON.

3°) Avez-vous présenté de la jaunisse : NON.

4°) Comment digérez-vous : TRÈS BIEN.

5°) Suivez-vous un régime : NON.

6°) Quelle a été la reprise de poids depuis l'intervention : 16 kg.

7°) Etes-vous constipé : NON.

8°) Remarques diverses que vous avez pu faire : ETAT DE SANTÉ PARFAIT DEPUIS CETTE INTERVENTION.

L'enquête que nous avons effectuée a révélé chez nos opérés revus après des délais parfois très prolongés l'évolution d'un syndrome extérieur.

Certains présentent des troubles qu'eux mêmes d'ailleurs n'imputent pas à la cholécystectomie. 45 d'entre eux sont constipés ou présentent un mégacôlon reconnu, (deux cas) qui avaient précédé l'évolution de la lithiasie et n'a pas été modifié par la cholécystectomie, qui n'est par conséquent pas un échec. D'autres malades présentent des douleurs dans la région sous-costale droite qui correspondent en réalité à l'évolution d'un rhumatisme vertébral (12 cas), avec irradiations lombo-abdominales des deux côtés et, signe caractéristiques, des douleurs apparaissant lorsque la malade se retourne dans son lit, douleurs totalement indépendantes des phénomènes digestifs ; 20 d'entre eux enfin accusent un syndrome colitique.

Nous présentons deux observations à ce sujet.

OBS. n° 464 - Mme COM... - 36 ans.

Hospitalisée dans le Service le 26.9.47 pour intolérance alimentaire avec crises douloureuses droites apyrétiques et « indigestions ».

Le 30.9.46 cholécystite aiguë typique.

Intervention le 21.10.46. Rio Branco : grosse vésicule distendue à parois enflammées, et épaissies.

Examen bactériologique : présence de germes.

Manométrie : courbes équilibrées à 15.

Radiologie : voie biliaire principale libre, un centimètre de diamètre.

Pièce : vésicule contenant de gros calculs.

Cholécystectomie : vésicule contenant de gros calculs.

Suites immédiates simples.

Suites parfaites pendant 20 ans.

Réponse questionnaire le 16.6.66 : les symptômes que vous avez présentés avant l'opération ont-ils définitivement disparu : OUI.

Avez-vous présenté de nouvelles crises douloureuses, et à quelle date et sous quelle forme : NON.

Avez-vous présenté de la jaunisse : NON.

Comment digérez-vous ? BIEN.

Suivez-vous un régime : NON.

Quelle a été la reprise de poids depuis l'intervention : TRÈS BON POIDS.

Etes-vous constipée ? BEAUCOUP.

Remarques diverses que vous avez pu faire : LORSQUE JE SUIS FATIGUÉE EN FIN DE SEMAINE ET LA NUIT, J'AI MAL DANS LE DOS.

OBS. 4103. — Mme BRU..., 56 ans.

Hospitalisée le 15.4.60 : antécédents de douleurs sous-costales droites et constipation ; tableau de cholécystite aiguë typique, le 22.2.60.

15.3.60 : la cholangiographie intra-veineuse montre un cholédoque dilaté, pas d'image vésiculaire.

Le 29.3.60 : intervention : Rio Branco. Cholécystite lithiasique aiguë avec adhérences. Bile stérile. Exploration négative.

Manométrie : courbes stabilisées à 13-14 cm d'eau.

Radiographies normales.

Cholécystectomie sans drainage.

Suites immédiates simples.

Le 26.6.60 : revue : excellent résultat. Douleurs de la hanche droite : rhumatisme vertébral avec exacerbation au froid et en station debout.

Réponse questionnaire le 31.8.66.

Les symptômes que vous présentiez avant l'opération ont-ils définitivement disparu ? OUI.

Avez-vous présenté de nouvelles crises douloureuses, et à quelle date et sous quelle forme ? NON.

Avez-vous présenté de la jaunisse ? NON.

Comment digérez-vous ? BIEN.

Suivez-vous un régime ? NON.

Quelle a été la reprise de poids depuis l'intervention ? 4 à 5 kg.

Etes-vous constipée ? OUI, TOUJOURS COMME AVANT, AVEC BALLONNEMENT, FLATULENCE, IRRITATION INTESTINALE.

Remarques diverses que vous avez pu faire : EN RÉSUMÉ, TOUJOURS SATISFAITE DES RÉSULTATS.

Bien entendu, nous passons sur d'autres associations pathologiques, telles que hernie hiatale (5 cas) avec syndrome caractéristique œsophagien, évolution d'un cancer digestif totalement indépendant (7 cas), ou d'un ulcère d'estomac (7 cas). Nous pensons avoir réellement le droit d'éliminer, comme les malades le font eux-mêmes, ces troubles ou lésions apparus souvent soit des années après la cholécystectomie, soit de suite après elle et n'ont pas été modifiés par l'opération qui ne s'adressait pas à eux. Peut-être, certains de ces troubles, tels que constipation, ont-ils été engendrés ou aggravés par le déséquilibre diététique imputable aux restrictions pré-opératoires (45 cas).

Ces résultats sont tout à fait comparables à ceux de Glenn où 253 «récidives» sur 6000 cholécystectomies comportent en fait 87 causes extrabiliaires : 30 gastro-duodénales, 24 appartenant à la pathologie colique, 10 à la hernie hiatale, 9 causes rénales, 3 tumeurs du grêle, et 11 causes diverses.

Répartition de ces résultats éloignés sur les années d'observation

TOTAL	< 1 an	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
777		151	62	67	61	73	66	52	57	42	26	19	19	19	11	9	10	10		6	2	8	4	1	1	1

Nous avons cherché d'autre part à préciser quelles étaient les proportions de semblables résultats selon les différents états anatomo-cliniques. Notons les chiffres très concordants des pourcentages sauf dans un cas, celui des exclusions aseptiques de la vésicule, mais il s'agit seulement, nous pensons, d'un hasard statistique, le trop petit nombre de cas ne donnant pas de valeur particulière au pourcentage obtenu.

Résultats en fonction de l'état anatomo-clinique.

Malades guéris sans régime. Suites > 1 an.

Lithiase VB simple 237 cas	Mucocèle 31 cas	Cholécystite lithiasique aiguë 157 cas	Cholécystite lithiasique chronique 201 cas
75,23 %	86,11 %	75,48 %	76,71 %

B. — GUÉRISON AVEC PERSISTANCE D'UN RÉGIME LÉGER

Sur les 821 résultats fonctionnels dont nous pouvons faire état, 147 seulement conservent un régime léger (sur des résultats de 3 à 12 mois : 40 malades).

La caractéristique de ce groupe est la suivante : les symptômes d'ordre biliaire ont disparu mais un régime est toujours suivi. Deux cas sont possibles.

— ou bien le malade n'a pas cherché à élargir son régime par peur d'une complication ; il s'agit souvent alors de femmes âgées qui sont habituées à ce régime, qui n'en sortent pas, et qui souvent ont des ressources faibles ; soit même sur le conseil d'un médecin ;

— ou bien ces opérés, et c'est le plus grand nombre, ont cherché à l'élargir et ont été obligés de supprimer de leur alimentation soit le chocolat et les œufs, soit plus généralement les matières grasses qui entraînent chez eux la reprise de petits troubles, d'indigestions.

Nous avons retenu l'observation suivante à titre d'exemple.

OBS. 5141. — Mme THI..., 60 ans.

Malade hospitalisée dans le Service le 26.9.63.

Dans les antécédents pas de troubles biliaires typiques : migraines espacées, troubles digestifs après des excès alimentaires, avec vomissements, dyspepsies et flatulence.

La cholangiographie intra-veineuse montre une voie biliaire principale dilatée. La vésicule biliaire est exclue.

5.9.63 : Intervention.

RIO BRANCO : grosse vésicule exclue à contenu septique. Exploration négative.

Manométrie : courbe régulièrement stabilisée à 12.

Radioscopie télévisée montre une voie biliaire principale normale, ceci confirmé par un cliché.

CHOLÉCYSTECTOMIE SANS DRAINAGE.

La pièce opératoire contient 5 calculs vésiculaires.

Suites immédiates simples.

Réponse au questionnaire le 15.9.66.

- 1°) Les symptômes que vous présentiez avant l'opération ont-ils définitivement disparu ? OUI.
- 2°) Avez-vous présenté de nouvelles crises douloureuses, et à quelle date et sous quelle forme ? NON.
- 3°) Avez-vous présenté de la jaunisse ? NON.
- 4°) Comment digérez-vous ? DIGESTION LENTE, MAIS SANS NAUSÉE.
- 5°) Suivez-vous un régime ? RÉGIME TYPE HÉPATIQUE EN ÉVITANT LE GRAS.
- 6°) Quelle a été la reprise de poids depuis l'intervention ? 2 kg.
- 7°) Etes-vous constipé ? NON.
- 8°) Remarques diverses que vous avez pu faire ? SATISFAITE.

La répartition de ces malades en fonction du délai de suite est la suivante

< 1 an	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
40	17	18	15	17	18	11	12	13	6	4	3	2		3	3			1	1	2	1

Répartition de ces résultats en fonction de l'état anatomo-clinique.
(Résultats à plus d'un an)

Lithiase, vésicule biliaire simple	Mucocèles	Cholécystite lithiasique aiguë	Cholécystite lithiasique chronique
63 cas 20 %	3 cas 8,33 %	36 cas 17,3 %	45 cas 17,1 %

Nous retrouvons ici les nuances de certaines statistiques étrangères (Bodvall par exemple).

C. — NÉCESSITÉ D'UN RÉGIME SINON PERSISTANCE DE TROUBLES DOULOUREUX MINEURS

Ces 47 malades sont améliorés par rapport aux crises qu'ils présentaient avant l'intervention, mais pas complètement. Notre propos n'est pas de discuter la pathogénie de ces troubles (Bodvall), mais de constater qu'ils ne correspondent à aucun élément que nous ayons pu retrouver à l'examen de l'histoire clinique, et de l'intervention ou du type même de leurs symptômes post-opératoire. Quoiqu'il en soit, si ces malades ne suivent pas leur régime, ils s'exposent le plus souvent à des troubles douloureux, toujours moindres qu'avant l'intervention, mais absolument indiscutables.

L'observation suivante nous semble démonstrative :

OBS. n° 2901 - Mlle MOI... - 47 ans.

Hospitalisée le 26.11.56.

Depuis 5 ans, régime strict, pour éviter les migraines.

Depuis février 56 : crises douloureuses sous-costales droites, irradiées dans les épaules, 5 à 6 par semaine, irrégulières, sans température ni ictère.

7.11.56 : cholécystographie. VB opacifiée avec nombreux calculs flous. Pas d'image cholédocienne.

1.12.56 : Intervention : vésiculaire biliaire saine. Exploration négative.

Radiographie : images normales de la voie biliaire principale.

Manométrie : courbes stabilisées à 10.

Cholécystectomie sans drainage.

Bile stérile.

Suites immédiates simples.

Réponse au questionnaire le 15.9.66.

Les symptômes que vous présentiez avant l'opération ont-ils définitivement disparu : PAS ENTIEREMENT, ILS SE REPRODUISENT A LA SUITE D'ECARTS DE RÉGIME OU DE FATIGUE PROLONGÉE.

Avez-vous présenté de nouvelles crises douloureuses, et à quelle date et sous quelle forme : ASSEZ RAREMENT, ET SOUS FORME DE DOULEUR AU COTÉ DROIT ET VOMISSEMENT DE BILE.

Avez-vous présenté de la jaunisse : NON.

Comment digérez-vous : NORMALEMENT.

Suivez-vous un régime : OUI.

Quelle a été la reprise de poids depuis l'intervention : 10 kg.

Etes-vous constipée : QUELQUEFOIS.

Délais de suite de ces malades

< 1 an	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
2	5	4	8	6	5	3	1	3	1	1	2	1	1	2		1		1	

L'ensemble des deux dernières catégories avait été initialement groupé car ces malades se déclarent également satisfaits, mais l'appréciation qualitative des résultats avec régime impérieux et celui où il n'est que recommandable, crée une réelle différence dans l'avenir de ces opérés.

D. — LES MALADES NON GUÉRIS

Ce chapitre est représenté par l'analyse de trois cas que nous allons donner en détail.

— Dans un cas, les troubles récidivants ont été précoces, survenant au cours de la première année. Ce malade a été repris après 11 mois, avec diagnostic d'ulcère possible ; en réalité, il n'y avait pas d'ulcère, il s'agissait d'un syndrome récidivant après cholécystectomie dont la cause a pu être précisée sous la forme d'une **hypotonie du sphincter d'Oddi** et traitée par splanchicectomie droite. C'est le seul cas que nous pouvons retenir comme récidue précoce après cholécystectomie.

— Deux autres malades ont été l'objet d'une réintervention après 8 et 12 ans. Un malade avait été ainsi opéré le 9 mai 1953 pour cholécystite lithiasique chronique. Les données per-opératoires avaient été quelque peu discordantes ; c'est ainsi que la manométrie donnait des pressions basses qui pouvaient s'expliquer comme étant la conséquence d'une intervention gastrique antérieure réalisée 30 ans auparavant ; il avait été en effet l'objet, en 1923 d'une gastroentérostomie complétée par une exclusion pylorique. La section du pylore pouvait avoir entraîné une vagotomie et être ainsi responsable de l'hypotonie, mais ce trouble fonctionnel n'avait pas été retenu car les radiographies per-opératoires n'avaient pas été confirmatives. Et voilà que, ayant eu un résultat excellent pendant 8 ans, il présenta en septembre 1961 des douleurs de l'hypochondre droit qui pouvaient être logiquement étiquetées « récidue après cholécystectomie ». Le contrôle manométrique révéla chez lui l'évolution d'une **maladie du sphincter d'Oddi** avec pression cholédocienne élevée à 12, 13, 24, 18, voie biliaire principale dilatée, traitée par cholédocoduodénostomie.

Un troisième malade a été opéré après 12 ans. L'intervention première faite le 11.10.52 découvre une cholécystite lithiasique chronique scléro-athrophique. Le contrôle manométrique montre des courbes stabilisées régulièrement à 10 et le contrôle radiographique per-opératoire montre une voie biliaire principale normale. Cholécystectomie sans drainage.

Le 19.5.1964. Soit 12 ans après, le malade présente un ictère par rétention. Au cours de cette réintervention on découvre une dilatation de la voie biliaire principale qui n'existait pas lors de la première intervention. Dilatation également du moignon cystique. L'incision de celui-ci permet d'enlever de la voie principale deux calculs manifestement d'origine cholédocienne. Après quoi le contrôle manométrique donne une pression persistante à 16-17. La radiographie montre une voie biliaire principale à passage étroit dans sa partie inférieure, se vidant mal, libre de tout calcul résiduel.

La lithiasie semble être secondaire à une sclérose sphinctérienne apparue au bout de 12 ans(responsable elle-même de la dilatation de la voie principale et aussi naturellement de celle des moignons cystique par ailleurs sains.

Si l'on veut comparer le pourcentage de récurrence de cholécystectomie trouvé dans cette statistique avec la fréquence de la pathologie biliaire sur l'ensemble d'une population, on s'aperçoit que ces chiffres sont comparables et il est bien évident que la cholécystectomie ne met pas l'opéré à l'abri d'une maladie qui peut frapper n'importe lequel de ses semblables.

E. — FACTEURS N'AYANT PAS INFLUENCÉ LA QUALITÉ DE NOS RÉSULTATS

1°) L'état anatomo-clinique.

— Pour des tableaux anatomo-cliniques aussi divers que lithiasie vésiculaire simple, mucocèle vésiculaire, cholécystite lithiasique aiguë, cholécystite lithiasique chronique, les pourcentages respectifs de guérison et d'amélioration sont étrangement voisins.

— La longueur de l'histoire clinique précédant l'intervention, avec ses épisodes infectieux chroniques et torpides n'entache pas le pronostic des résultats post-opératoires après un an (76,5 % de guérison pour la cholécystite chronique contre 75 %

de guérison pour la lithiase vésiculaire aseptique ou 75,5 % pour la cholécystite aiguë ; seule légère contradiction, 86 % de guérison dans le mucocèle vésiculaire dont la série est peut-être trop faible).

— Si l'on groupe les cas d'apparence opératoire simple, c'est-à-dire lithiase vésiculaire simple et mucocèle, il devient évident que la cholécystectomie pour lithiase non infectée n'est pas entachée d'un « **vice intrinsèque** », mais que celui-ci ne peut être découvert que par l'exploitation systématique d'un maximum de renseignements per-opératoires. Ceux-ci faisaient en général défaut dans les séries auxquelles nous nous référons dans le premier chapitre. Le pourcentage de récurrence de ces séries est d'ailleurs, nous l'avons noté, étrangement proche des cas que nous avons éliminés sur les données du contrôle manométrique et radiologique per-opératoire. Un simple calcul peut nous en convaincre.

295 découvertes sur 862 cas de lithiase vésiculaire aseptique opérés, soit 34,2 %.

38 découvertes sur 344 cholécystites aiguës opérées, soit 11 %.

242 découvertes sur 635 cholécystites chroniques opérées, soit 38,1 %.

Nous démystifions ainsi la légende faisant redouter le pronostic post-opératoire de la cholécystectomie, pronostic sévère dans les cas de cholécystite aiguë mais redoutable dans les cas de cholécystite chronique ou même de lithiase vésiculaire « banale » (Bodvall).

2°) Analyse manométrique et radiologique.

Nous avons tenté d'analyser la série d'observations réunies, suivant les indications du contrôle manométrique et radiologique dans chaque groupe anatomo-clinique : lithiase vésiculaire simple, mucocèle, cholécystite aiguë et cholécystite chronique. Ceci montre en fait la souplesse du contrôle manométrique surtout, et radiologique ; ces examens ne doivent pas être considérés comme absolus mais comme la somme de deux techniques et d'une exploration soigneuse. C'est dire que le geste opératoire ne doit pas être soumis à la somme mathématique de ces deux éléments mais nuancé par eux.

— Lithiase vésiculaire simple.

a) Contrôle manométrique normal (courbes stabilisées entre 7 et 15 cm d'eau) et radiologie montrant une voie biliaire de calibre normal.

Guérisons sans régime :
inférieures à 1 an : 69
supérieures à 1 an : 230
Guérisons avec régime :
inférieures à 1 an : 23
supérieures à 1 an : 68
Perdus de vue : 143
Echec : néant.

b) Contrôle manométrique normal. VBP dilatée à plus de 12 mm.

Guérisons sans régime :
inférieure à 1 an : 1
supérieures à 1 an : 4
Guérisons avec régime :
inférieures à 1 an : 2
supérieures à 1 an : 2
Perdus de vue : 6
Echec : néant.

c) Radiographie normale ne permettant pas de retenir une hypotonie (entre 3 et 5 cm d'eau).

Guérison sans régime :
inférieure à 1 an : 1
supérieure à 1 an : 1
Guérisons avec régime :
supérieures à 1 an : 2
Perdus de vue : 4
Echec : 0.

d) Radiographie normale ne permettant pas de retenir les courbes d'hypertonie entre 15 et 20 cm d'eau : 2 cas dont les suites furent insuffisantes pour juger du résultat final.

e) 9 cas enfin présentaient une hypotonie manométrique et radiologique qui n'a pas été corrigée par splanchnectomie droite pour des raisons d'état général. Les résultats s'en ressentent de la façon suivante :

Guérisons sans régime :
inférieure à 1 an : 1
supérieures à 1 an : 2
Guérisons avec régime :
inférieure à 1 an : 1
supérieures à 1 an : 3
Perdus de vue : 2
Echec : 0

— Mucocèles.

a) Contrôle manométrique et radiologique normal.

Guérisons sans régime :

inférieures à 1 an : 7

supérieures à 1 an : 22

Guérisons avec régime :

inférieures à 1 an : 3

supérieures à 1 an : 2

Perdus de vue : 5

Echec : 0.

b) Manométrie normale, la VBP a un diamètre supérieur à 12 mm.

Guéris sans régime :

supérieur à 1 an : 3

Guéris avec régime :

supérieur à 1 an : 2

c) Radiologie normale ne permettant pas de confirmer l'hypotonie manométrique de 0 à 6 mm.

Guéris sans régime :

supérieurs à 1 an : 5

Guéris avec régime :

supérieur à 1 an : 1

d) enfin 2 cas avec dilatation de la VBP et courbes à 3 cm d'eau :

Guéris sans régime :

inférieur à 1 an : 1

supérieur à 1 an : 1

— Cholécystites aiguës :

a) Contrôle manométrique et radiologique normal.

Guéris sans régime :

inférieurs à 1 an : 14

supérieurs à 1 an : 98

Guéris avec régime :

inférieur à 1 an : 0

supérieurs à 1 an : 31

Perdus de vue : 41

Décès : 7.

b) Hypotonie paralytique manométrique et radiologique par un phénomène inflammatoire de voisinage, donc non justifiable de splanchnicectomie droite.

Guéris sans régime :

inférieurs à 1 an : 8
supérieurs à 1 an : 39

Guéris avec régime :

inférieur à 1 an : 0
supérieurs à 1 an : 14

Perdus de vue : 12

Décès : 2.

c) Contrôle manométrique normal et voie biliaire principale dilatée.

Guéris sans régime :

inférieurs à 1 an : 4
supérieurs à 1 an : 15

Guéris avec régime :

supérieurs à 1 an : 5

Décès : 3

Perdus de vue : 2.

d) La radiographie normale infirme une hypertonie manométrique :

Guéris sans régime :

inférieur à 1 an : 1
supérieurs à 1 an : 3

e) Dans un cas, nous avons une hypertonie associée à une dilatation de la VBP. Aucun geste n'a été effectué :

Guéri sans régime à un an.

f) Enfin dans un dernier cas, le contrôle manométrique et radiologique a affirmé une hypertonie fixée du sphincter d'Oddi : le mauvais état général de la malade interdisait une sphinctérotomie :

Guéri sans régime à 2 ans.

— Cholécystites lithiasiques chroniques.

a) Contrôle manométrique et radiologique normal.

Guéris sans régime :

inférieurs à 1 an : 41
supérieurs à 1 an : 182

Guéris avec régime :

inférieurs à 1 an : 12
supérieurs à 1 an : 49

Perdus de vue : 58

Décès : 3.

Echecs : 3.

b) Contrôle manométrique normal, voie biliaire principale dilatée.

Guéris sans régime :

inférieurs à 1 an : 3
supérieurs à 1 an : 16

Guéris sans régime :

inférieurs à 1 an : 3
supérieurs à 1 an : 8

Perdus de vue : 8.

c) Dans 6 cas, le contrôle manométrique et radiologique a montré une hypotonie, non corrigée pour mauvais état général de ces malades.

Guéris sans régime :

inférieur à 1 an : 1
supérieur à 1 an : 1

Guéris avec régime :

inférieur à 1 an : 1
supérieur à 1 an : 1

Perdus de vue : 2.

d) Enfin, dans un cas où le contrôle manométrique et radiologique objectivait une hypertonie modérée qui n'a pas été traitée :

Guérison sans régime à 3 ans.

3°) Le calibre de la voie biliaire principale.

Nous avons soigneusement analysé les données du calibre de la voie biliaire principale, nous devons admettre qu'effectivement le tri préalable que nous avons pratiqué lui a enlevé une part de sa signification en éliminant, bien entendu, les cas où une lithiasse, une maladie d'Oddi. ou tout autre pathologie cholécystienne avait été au préalable diagnostiquée sur la radiographie pré-opératoire et confirmée à l'intervention.

Dans le cadre donc de ces dilatations, les résultats globaux des voies dilatées sont peu différents de l'ensemble des autres résultats

— Comme le montrait d'ailleurs M. Gignoux en 1965, au cours de l'étude de la persistance radiologique d'une dilatation sans obstacle (140 sur 3.000 observations), les dilatations dans les cholécystites sont les plus fréquentes et leur « pronostic bon quoique, elles persistent en général inchangées ». Ceci est confirmé

par nos observations de cholangiographies post-opératoires dans les observations de cholécystites aiguës ou 73 sur 105 sont resté dilatées.

Il en est de même dans les lithiases vesiculaires avec complications.

En somme, la présence d'une dilatation de calibre modéré, inférieur à 15 mm n'apparaît pas comme un élément déclanchant unerécidive ou même des troubles post-opératoires lorsqu'il n'existe bien sûr aucune lésion associée (lithiase ou maladie du sphincter d'Oddi).

Il en ressort de notre étude que la cholécystectomie en tant que telle n'entraîne pas de dilatation systématique ensoi ceci est confirmé par Le Quesne 1959 (73 cholécystectomies, aucunedilata-

Il nous est possible de conclure que la cholécystectomie n'entraîne pas de dilatation systématique ni même fréquente de la voie biliaire principale et que d'autre part la dilatation éventuelle que l'on peut observer habituellement ne peut être responsable de troubles post-opératoires. Ceci est en contradiction avec certaines statistiques publiées, généralement d'ailleurs peu importante, et nous trouvons par contre en parfait accord avec les documents publiés par Bodvall en 1964 : sur 905 cas, pas de tendance statistiquement valable à la dilatation.

4°) Le moignon cystique.

Ceci nous amène à considérer le problème du moignon cystique nous n'en avons trouvé qu'un seul cas dans cette série particulière et encore il faut reconnaître que le rôle pathologique était comme tous les auteurs l'admettant (Bodvall, Glenn, Hess, Vachon etc..) hautement discutable en présence d'une cause pathologique associée.

Dans une étude antérieure P. Mallet-Guy et J. Féroldi ont examiné histologiquement 68 moignons cystiques et ont précisé qu'il n'existait aucune corrélation entre la présence d'un nécrome du moignon cystique et la récidive. Par contre il est bien évident que la persistance d'un moignon cystico-pyélique enflammé et dans lequel souvent persiste un calcul, explique parfaitement le syndrome récidivant. Nous nous sommes expliqués sur ce point en tête de ce travail et nos conclusions rejoignent exactement celles de Vachon, Lehmann et Collaborateurs.

CONCLUSIONS

1) La cholécystectomie est-elle une mutilation fonctionnelle ? Entraîne-t-elle par elle-même des lésions responsables de l'apparition, dans un pourcentage variable mais classiquement notable, d'un syndrome récidivant ? A cette question, l'analyse des réinterventions faite pour un tel syndrome récidivant après cholécystectomie permet de donner une réponse négative.

2) La contre-épreuve est apportée par l'analyse d'un groupe homogène d'observations de cholécystectomies pour lithiase vésiculaire, apparemment, du point de vue clinique, cholécystographique et même après exploration opératoire banale — exempte de facteur pathologique associé.

3) Sur 1892 observations de cholécystectomie pour lithiase vésiculaire répondant à cette définition et effectuées par le Prof. P. MALLET-GUY, de 1942 au 15 Novembre 1964 sur 5500 opérations biliaires, il a pu être précisé, par le contrôle manométrique et radiologique per-opératoire, dans 574 cas, soit 30,3 %, l'existence d'un facteur pathologique concomitant, — lithiase méconnue (cliniquement et à l'exploration banale de la voie biliaire principale), dystonie sphinctérienne et même pancréatite chronique restée inaperçue. Cette enquête porte finalement sur 1015 résultats, dont 821 compris entre un et 24 ans.

4) Quatre groupes de résultats ont été identifiés : guérison avec suppression de tout régime : 626 malades, soit 76,25 % ; guérison

à condition de maintenir un régime léger ; 147 malades (17,90 %) ; régime plus strict, sous peine d'épisodes douloureux atténués est nécessaire chez 45 malades (5,49 %) ; enfin trois échecs seulement.

5) Ces récides sont représentées par 2 cas de sclérose sphinctérienne ayant évolué sur une voie biliaire principale normale, l'une découverte 11 mois après cholécystectomie, l'autre ayant évolué 8 ans après l'opération ; enfin une lithiasse de précipitation secondaire, découverte 12 ans après l'intervention et coïncidant aussi avec une sclérose sphinctérienne. Il semble que ce pourcentage de 0,36 % d'échec puisse être rapproché de la proportion de malades biliaires observés sur une population donnée. Même si, l'on devait porter ces échecs au passif de la cholécystectomie, il y aurait bien peu d'interventions chirurgicales qui donneraient un chiffre inférieur.

6) Il est admis parfois que les résultats de la cholécystectomie sont meilleurs lorsqu'elle s'adresse à une cholécystite qu'à une lithiasse vésiculaire simple. Nos résultats s'inscrivent en faux contre cette assertion.

7) Deux conclusions peuvent être tirées de cette enquête :

— tout d'abord la cholécystectomie en tant que telle doit être dégagée de toute responsabilité propre dans l'apparition d'un syndrome douloureux post-opératoire,

— d'autre part, il faut insister sur la valeur et la nécessité du contrôle manométrique et radiologique per-opératoire, habituellement reconnue en Europe occidentale et en Amérique latine, qui semble déjà se faire jour dans le Royaume-Uni, mais qui reste encore d'usage très sporadique aux Etats-Unis.

Le Doyen,
J.F. CIER.

Le Président de la Thèse,
P. MALLET-GUY.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 12 Décembre 1966

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. LOUIS.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERSEN I., ANDERSEN P.T., POULSEN T. et RASMUSSEN B. —
Surgical treatment of choletithiasis 11 - Late results. Dansh Med.
Bull. 7, 161-164, 1960.
- APPLEMAN R.M., PRIESTLEY J.F. et GAGE R.P. — Cholelithiasis
and choledocolithiasis. Mayo Clin. Proc. 39, 473, 1964.
- BEARGIE R.J. — Relation of cholangiographic findings after chole-
cystectomy to clinical and surgical finding. Surg. Gynec. Obst.
115-143, 1962.
- BERNARD L., Mme LAVOPIERRE C., Mlle TARDY F., NUGEYRE M.
Etude expérimentale des perturbations apportées à la pression
des voies biliaires par les drogues utilisées actuellement en anes-
thésiologie. Lyon Chir. 62, N° 1, 52-61, 1966.
- BERK J.E. — Post-cholecystectomy syndrome ; a critical evaluation.
Gastro-enterol. 34, 1060, 1958.
- BERK J.E. — Persistence of symptoms following gallbladder surgery
Ann. J. Digest. 9, 295, 1964.
- BEZES H. — Récidives après cholecystectomie. Thèse Lyon, 1948.
- BODVALL B. et OVERGAARD B. — Cystic duct remnant after chole-
cystectomy, studied by cholegraphy in 500 cases, and signifi-
cance. IN 103 reoperations. Ann. of Surg. 163, 383-386, 1966.
- BODVALL B. — Late results following cholecystectomy in 1930 cases
and special studies on postoperative biliary distress. Acta Chir.
Scand. Suppl. 329, 1964.

- BUFFARD P. et JACQUEMET P. — La cholangiographie per-opératoire. *Ann. de Radiol.* II, 592-636, 1959.
- CATELL R. — End results of surgery of biliary tract ; a study of 634 cases treated at the Lahey Clinic. *Ann. Surg.* 89, 930, 1929.
- CATELL R.B. et BRAASH J. W. — Managements of patients with unsatisfactory result after cholecystectomy. *Surg. Pract of the Lahey Clin.* Saunder Co, 506-512, 1962.
- CHABAL J. — Chirurgie des cholécystites aiguës lithiasiques. Thèse, Lyon, 1961.
- CHANELIÈRE N. — La voie trans-cystique dans la chirurgie biliaire sous contrôle manométrique et radiographique per-opératoire. Thèse, Lyon, 1963.
- CHIRAY M., ALBOT G. et BONNET F. — Les séquelles de la cholécystectomie. Masson Edit., Paris, 1942.
- COLCOK B.P. et LIDDLE H.V. — Common bile duct stone. *Surg. Pract of Lahey Clin.* Saunders Co, 1962, (513-519). Philadelphie.
- COTTE G. — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications. Thèse, Lyon, 1908.
- DAVISON W. — The post-cholecystectomy syndrome, incidence, etiology and treatment. *Am. J. Dig. Dis.* 14/19. 290-294, 1947.
- DEBRAY Ch., ROUX M., LE CANUET R. et THOMAS J. — Résultats à distance de 300 cholécystectomies effectuées sous contrôle radiomanométrique per-opératoire. *Sem. Hôp. Paris*, 36, 5 : 296-308, 1960.
- DUNPHY J.E. et ROSS F. — Study on acute cholecystitis. *Surg.* 26 : 539, 1949.
- EHNMARK E. — The gallstone disease. A clinical statistical study. *Acta Chir. Scand.*, Supp. 57, 1939.
- EKDAHL. P.H. — On late distress following biliary tract operation. *Acta Chir. Scand.* 106 : 339-350, 1953.
- GARCIN J.P. — Thèse Paris 1957.

- GERTZ Th. — Om resultaterne af galdestensoperationer. Steen Has-selbachs fortag, Kobenhavn, 1946.
- GIGNOUX M. — Les dilatations de la voie biliaire principale chez l'adulte. Thèse Lyon 1965.
- GLENN F. et JOHNSON G. — Cystic duct remnant, as sequela of incomplete cholecystectomy. Surg. Gyn. Obst. 101-331, 1955.
- GLENN F. et JOHNSON G. — Common duct exploration in acute cholecystitis. Surg. Gynec. Obst. 104-190, 1957.
- GLENN F. et JOHNSON G. — A 26 year experience in the surgical treatment of 5.037 patients with non malignant biliary tract diseases. Surg. Gynec. Obst. 109-591, 1959.
- GLENN F. et Mc SHERRY C.K. — Secondary abdominal operations for symptoms following biliary tract surgery. Surg. Gynec. Obst. 121, 929-988, 1965.
- GOLD E. — Die klinische Bedeutung des Amputationsneurome der Gallenblase. Wien Klin. Wschr. 74, 188, 1962.
- GYLLING M. — Gallbladder operation in a series of 2481 cases. Duodecim 77, 600-612, 1961.
- HAUTEFORT L. — Vésicule biliaire et lithiase. Thèse Paris, 1909.
- HARTMANN — Traitement des calculs biliaires. Presse Méd. 1908.
- HELLSTROM J. — Om frekvensen av kvarstaende besvär efter cholecystectomier. Några erfarenheter fran 1041 efterundersök safall. Nord Kir. Fören föhr, 174, 1937.
- HERMANN R.E. et HOERR S.C. — The value of the routine use of operative cholangiography. Surg. Gynec. Obst. 121, 1015-1020, 1966.
- HESS W. — Surgery of the biliary passages and the pancreas. D. Van Nostrand Co, Princeton. Chap. Post-operative complaints 607-608, 1965.
- HESS W. — Cystico residual. Pren. Med. Arg. 52, 2391-2393, 1965.

- HUGUES J., LO CURCIO S.B., EDMUNDO R. et FINBY R. — The common duct after cholecystectomy. Initial report of a 10 year study. J.A.M.A. 197 (4), 247-249, 1966.
- KUNATH C.A. — Treatment of acute diseases of the biliary tract. Surg. Gynec. Obst. 65, 79, 1937.
- LECENE P. — Ce que nous a appris la chirurgie de la vésicule. J. Med. Franç. 4, 165, 1914.
- LEVRAT M., GONNET L., PAVIOT J.J. — Traitement par la Pénicilline des cholécystites lithiasiques. Lyon Méd. 178, 697-702, 1947.
- LEVRAT M. et ROMIER H. — Résultats de la thérapeutique antibiotique dans la lithiase biliaire infectée (A propos de 73 observations). Rev. Lyonnaise de Med. 6 n° 9 577-590, Mai 1957.
- LIEBERG N. — Klinische Studien über die akute Cholecystitis. Acta Chir. Scand. Suppl. 47, 1937.
- MADSEN C.M. — Routine or elective cholangiography during cholecystectomy. Acta Chir. Scand. Suppl. 283, 241, 1961.
- MAGALDI P. — Reintervenciones en las vías biliares. XX° Congrès Soc. Int. de Chir., Rome 1963. Impr. Med. et Sc. Bruxelles, 1126-1133, 1963.
- MAKI T. — Cholelithiasis in Japanese. Arch. Surg. 6 : 1233-1240, 1961.
- MALLET-GUY P. — Récidives après cholecystectomie. Bruxelles Méd., 28 : 2603-2609, 1948.
- MALLET-GUY P. — Causes de récidives après cholécystectomies (d'après 58 réinterventions sous contrôle manométrique et radiographique). 13° Congrès Soc. Int. Chir., 842-847, 1949.
- MALLET-GUY P. — Causes des récidives après cholécystectomie. Sud Méd, Chir, 82 : 534-538, 1950.
- MALLET-GUY P. — Value of per-operative manometric and roentgenographic examination in the diagnosis of pathologic changes and functional disturbances of the biliary tract. S.G.O., 94 : 385, 1951.

- MALLET-GUY P., RADEMAKER M. et TRIAS-FARGAS B. — Anesthésie en chirurgie biliaire sous contrôle manométrique et radiologique per-opératoire. Etude expérimentale. *Lyon Chir.* 46 : 573-586, 1951.
- MALLET-GUY P., GANGOLPHE M. et KAYABALI I. — Cholecystites lithiasiques aiguës. *Lyon Chir.*, 50 : 290-308, 1955.
- MALLET-GUY P., JACQUEMET P. et KESTENS P.J. — Evolution en 15 années de pratique : de la technique du contrôle manométrique et radiologique per-opératoire des voies biliaires. Introduction de la radioscopie télévisée à la salle d'opérations. *Lyon Chir.* 53 : 250-263, 1957.
- MALLET-GUY P., JEANJEAN R. et MARION P. — La chirurgie biliaire sous contrôle manométrique et radiologique per-opératoire. Masson et Cie, édit., 1947.
- METAIS B. — Le syndrome post-cholecystectomie. Analyse physiopathologique, clinique et thérapeutique de 207 observations. Thèse, Lyon, 1959.
- METHOD H.L. — « Silent » gallstones. *Arch. Surg.* 85 : 338, 1962.
- MILLBOURN E. — On the importance of the remnant cystic duct in the developpement of post-operative distress following cholecystectomy. *Acta Chir. Scand.* 100, 448, 1950.
- MIRIZZI P.L. — Operative cholangiography. *Surg. Gynec. and Obst.* 65, 702, 1937.
- NOBBY S. — Gallstones operations performed at St. Görans Hospital beetween 1930 et 1938. *Acta Chir. Scand.* 88 : 503-525, 1943.
- OLLINGER P. — Zur Frage der Nachbeschwerden nach Gallenstein Operationen. *Arch. Klin. Chir.*, 288-6, 1958.
- PARSONS W.H. — The immediate and end results of cholecystectomy. *Ann. Surg.* 111 : 831, 1940.
- PARTINGTON P.F. and SACHS M.D. — Operative cholangiography. *Surg. Gynec. and Obst.*, 87 : 299, 1948.
- PERS M., BADEN H. — The frequency of reccurence of calculosis in the gallbladder after cholecystectomy. *Acta Chir. Scand.* 101 : 260, 1951.

- PETIT-DUTAILLIS. — Suites éloignées de la cholécystectomie d'après 100 opérés revus. Thèse, Paris, 1922.
- ROSENBERG J., MATZNER M.J. — Neurona in a dilated stump of the cystic duct. Preoperative visualisation by intravenous cholangiography. *Amer. J. Gastroent.* 27 : 471, 1957.
- RUDSTRÖM P. — Cholangiographie während der Operation Technik, Röntgenologie und Bedeutung für die Praxis. *Acta Chir. Scand. Suppl.* 97, 1944.
- SALEMBIER Y. et MEIGNIE P. — La cholécystite aiguë. Documents statistiques. Indications chirurgicales. *Ann. Chir. Paris*, 15 : 780, 1961.
- SAYPOL G.M. — Indication for cholecystectomy for cholelithiasis. *Ann. Surg.* 153 : 567, 1961.
- SKLAROFF D.M., COHN E.M., ORLOFF J. et GERSCHON-COHEN J. — The common bile duct in post-cholecystectomy patient. *Arch. Surg.*, 70, 559, 1955.
- SMITH R. et SHERLOCK S. — Surgery of the gallbladder and bile ducts. (Chap. Post-cholecystectomy symptom). L.P. Le Quesne. Buitenworth, London, 1964.
- TERRIER. — Quelques résultats immédiats et éloignés d'opérations sur les voies biliaires. *Rev. Chir.* 12 : 553, 1892.
- VACHON A., LEHMANN M., GUILLEMIN G., CHAMBAUD R. et MALTERRE Y. — Les syndromes douloureux après cholécystectomie dus à la persistance et aux lésions du moignon cystique. *Rev. Lyonnaise Méd.*, 11 : 971-984, 1962.
- VACHON A., LEHMANN M. et MICHEL J. — Le moignon cystique. Sa place dans les séquelles de cholécystectomie. *Soc. Gastro-entérol. Région Lyonnaise*, 15.11.59. *Arch. Mal. App. Dig.*, 49 : 279-284, 1960.
- WALTERS W. — Post-cholecystectomy dyskinesia with pancreatitis, sphincteritis and choledocolithiasis as causes. *J.A.M.A.* 160-425, 1956.

WATTS J. Mck et DUNPHY J.E. — The role of the common bile duct in biliary dynamics. Surg. Gyn. and Obst., 122 : 1207-1218, 1966.

WHITE T.T. — Pancreatitis. (Chap. Epidemiology). E. Arnold, Londres, 1966.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I. — Position du problème	19
CHAPITRE II. — Enquête sur 1892 cholecystectomies pour lithias ..	23
A - Comment a été pratiquée la cholécystectomie	24
B - Découvertes opératoires dues au contrôle manométrique et radiologique	28
C - Conditions de déroulement de l'enquête	30
D - Conseils donnés aux cholécystectomisés et citères des résultats	33
CHAPITRE III. — Résultats	35
A - Guérison avec suppression de tout régime	35
B - Guérison avec persistance d'un régime léger	39
C - Nécessité d'un régime, sinon persistance de troubles dou- loureux mineurs	40
D - Les malades non guéris	42
E - Facteur n'ayant pas influencé la qualité de nos résultats	43
CONCLUSIONS	51
BIBLIOGRAPHIE	53

